



**IMACA**  
**Head Start/State Preschool**  
**2012 Cliente Formulario de Admisión**

El Niño(a) Usted Solicita Servicios Para: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) un IFSP ó IEP?  NO  Si Great Steps Ahead o Kern Regional Center

¿Su niño(a) tiene alguna condición crónica, como el asma que requiere seguimiento? Si la respuesta es sí, diga que.

¿Su niño(a) tiene alguna alergia (de alimentos, medicamentos, que inhaló, contacto de piel, insectos)? Si la respuesta es sí, diga que.

¿Cuál centro querría usted que su niño(a) para asistir?

Lone Pine  Clarke St, Bishop  Little Promises, Bishop  Mammoth Lakes  Lee Vining  Coleville, State Preschool only

¿La Razón? \_\_\_\_\_

¿Como supo de Head Start/State Preschool?

- Por parte de un amigo ó Pariente  Referido por: \_\_\_\_\_
- Desde un letrero o anuncio  Agencia Comunitaria: \_\_\_\_\_
- Por la escuela Elementaría  Evento de la comunidad: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

| <b>¿Su hijo(a) tiene seguro de salud?</b>                                 | <b>¿Su hijo(a) tiene seguro dental?</b>                                   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, favor de indicar | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, favor de indicar |
| <input type="checkbox"/> MEDI-CAL ID# _____                               | <input type="checkbox"/> MEDI-CAL ID# _____                               |
| <input type="checkbox"/> HEALTHY FAM. ID# _____                           | <input type="checkbox"/> HEALTHY FAM. ID# _____                           |
| <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO ID# _____                         | <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO ID# _____                         |
| Portador: _____   | Portador: _____   |
| <b>Nombre de médico:</b> _____ <b>Ph:</b> _____                           | <b>Nombre de dentista:</b> _____ <b>Ph:</b> _____                         |
| Fax: _____  | Fax: _____  |

¿Recibe cualquiera de los siguientes servicios?  Manutencion de los hijos/ Child Support  Beneficios de sobreviviente/ Survivor Benefits

WIC  Estampillas de Comida/ Food Stamps (SNAP)  Desempleo/ Unemployment

Cash Aid, CALWORKS  TANF  SSI/ Disability Income

Si recibe CashAid o TANF, escriba su número de caso y asistente social: \_\_\_\_\_

Si recibe WIC, escriba su número de WIC: ID# \_\_\_\_\_

¿Qué idiomas se hablan en casa?

¿Qué idioma prefiere ser contactado por escrito?

Ingles  Espanol  Otro: \_\_\_\_\_  Ingles  Espanol  Otro: \_\_\_\_\_

¿Su hijo habla Inglés?  NO  Si

Jefe de unidad familiar (hogar)

Padre 1 Nombre: \_\_\_\_\_ Corre Electrónico: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Número de trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupados con: \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Trabajador de temporada  
 Tiempo Parcial  Desempleados

¿Usted asiste a clases?  NO  Si ¿Adonde? \_\_\_\_\_

¿Que tanto habla Inglés?  Muy Bien  Bien  No Muy Bien  En Absolute

¿Que tanto lee Inglés?  Muy Bien  Bien  No Muy Bien  En Absolute

¿Que tanto escribe Inglés?  Muy Bien  Bien  No Muy Bien  En Absolute

Padre 2 Nombre: \_\_\_\_\_ Corre Electrónico: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Número de trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupados con: \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Trabajador de temporada  
 Tiempo Parcial  Desempleados

¿Usted asiste a clases?  NO  Si ¿Adonde? \_\_\_\_\_

¿Que tanto habla Inglés?  Muy Bien  Bien  No Muy Bien  En Absolute

¿Que tanto lee Inglés?  Muy Bien  Bien  No Muy Bien  En Absolute

¿Que tanto escribe Inglés?  Muy Bien  Bien  No Muy Bien  En Absolute



Inyo Mono Advocates for Community Action

Child Development/ Family Services

Ph: (760) 873-3001/ Fx: (760) 872-5570



EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

Verificación de Empleo

INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED!

¡Formularios incompletos no serán aceptados!

INSTRUCTIONS: One form per parent per employment. Please sign/date the release, then take to your employer to have Section II completed.

INSTRUCCIONES: Una de las formas por los padres por el empleo. Por favor, firme y fecha de la liberación, después consultar a su patrón para que la Sección II completado.

I. PARENT RELEASE OF INFORMATION (LOS PADRES LA ENTREGA DE INFORMACIÓN)

I, \_\_\_\_\_, authorize you, my employer/supervisor, to provide IMACA with any and all information regarding my employment and pay, including exchanging paystubs or payroll history.

Le autorizo, mi empleador / supervisor, para proporcionar IMACA con la siguiente información con respecto a mi empleo.

Parent Signature/ Firma de Padre \_\_\_\_\_ Date/ Fecha \_\_\_\_\_

II. THIS SECTION TO BE FILLED OUT BY EMPLOYER/ SUPERVISOR ONLY:

II. ESTA SECCIÓN SE PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR / SUPERVISOR SOLO:

IMACA Head Start/ State Preschool may provide child care services for the parent listed above. In order to document eligibility, we are required to obtain the following (and possibly additional) information from the employer:

This is to certify that: \_\_\_\_\_ started working: \_\_\_\_\_ (Employee) (Date Started)

is employed with: \_\_\_\_\_ (Company Name)

located at: \_\_\_\_\_ (Address, City, State, Zip Code)

Supervisor's Phone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Employee is Paid: Hourly \$\_\_\_\_\_/ HR Salaried \$\_\_\_\_\_/ Month Other \_\_\_\_\_

Payperiods Are: [ ] Weekly [ ] Every 2 Weeks [ ] Twice Monthly [ ] Monthly

Employee Receive [ ] Tips [ ] Commission [ ] Overtime

Work Schedule: [ ] Actual [ ] Approximate [ ] Seasonal [ ] Laid off

\*\*If seasonal or laid off, please provide last day worked:

Table with 7 columns (Monday to Sunday) and 2 rows (From: To:)

Payperiods that are every 2 weeks begin on the same day of the week per pay cycle. Twice monthly pay cycles are 15+ days and are from the 1-15th and 16-30/31st.

I certify that the above information is true and correct. I understand that IMACA has the right to obtain additional information or confirmation of employment, either written or verbal. This information will not be shared with any other entity except IMACA.

Signature of Supervisor \_\_\_\_\_ Print Supervisor's Name & Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE: Verified by IMACA: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Verified with: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_



Inyo Mono Advocates for Community Action

Child Development/ Family Services

Ph: (760) 873-3001/ Fx: (760) 872-5570



EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

Verificación de Empleo

INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED!

¡Formularios incompletos no serán aceptados!

INSTRUCTIONS: One form per parent per employment. Please sign/date the release, then take to your employer to have Section II completed.

INSTRUCCIONES: Una de las formas por los padres por el empleo. Por favor, firme y fecha de la liberación, después consultar a su patrón para que la Sección II completado.

I. PARENT RELEASE OF INFORMATION (LOS PADRES LA ENTREGA DE INFORMACIÓN)

I, \_\_\_\_\_, authorize you, my employer/supervisor, to provide IMACA with any and all information regarding my employment and pay, including exchanging paystubs or payroll history.

Le autorizo, mi empleador / supervisor, para proporcionar IMACA con la siguiente información con respecto a mi empleo.

Parent Signature/ Firma de Padre \_\_\_\_\_ Date/ Fecha \_\_\_\_\_

II. THIS SECTION TO BE FILLED OUT BY EMPLOYER/ SUPERVISOR ONLY:

II. ESTA SECCIÓN SE PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR / SUPERVISOR SOLO:

IMACA Head Start/ State Preschool may provide child care services for the parent listed above. In order to document eligibility, we are required to obtain the following (and possibly additional) information from the employer:

This is to certify that: \_\_\_\_\_ started working: \_\_\_\_\_ (Employee) (Date Started)

is employed with: \_\_\_\_\_ (Company Name)

located at: \_\_\_\_\_ (Address, City, State, Zip Code)

Supervisor's Phone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Employee is Paid: Hourly \$\_\_\_\_\_/ HR Salaried \$\_\_\_\_\_/ Month Other \_\_\_\_\_

Payperiods Are: [ ] Weekly [ ] Every 2 Weeks [ ] Twice Monthly [ ] Monthly

Employee Receive [ ] Tips [ ] Commission [ ] Overtime

Work Schedule: [ ] Actual [ ] Approximate [ ] Seasonal [ ] Laid off

\*\*If seasonal or laid off, please provide last day worked:

Table with 7 columns (Monday to Sunday) and 2 rows (From: To:)

Payperiods that are every 2 weeks begin on the same day of the week per pay cycle. Twice monthly pay cycles are 15+ days and are from the 1-15th and 16-30/31st.

I certify that the above information is true and correct. I understand that IMACA has the right to obtain additional information or confirmation of employment, either written or verbal. This information will not be shared with any other entity except IMACA.

Signature of Supervisor \_\_\_\_\_ Print Supervisor's Name & Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE: Verified by IMACA: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Verified with: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_



Child Development/ Family Services

Head Start/ State Preschool

DECLARACIÓN DE MIEMBROS EN LA FAMILIA

Nombre del niño que está solicitando los servicios de: \_\_\_\_\_

Empty box for family size declaration.

Número de Personas en Su Familia

- Adultos, niños biológicos, hijastros, o hijos adoptados en donde el niño esta viviendo.
• Niños que no viven con sus padres biológicos o padres adoptivos se cuenta como familia de uno.

Por favor marque todo lo que aplique:

Padre soltero viviendo con mi/s hijo/os (firma la Declaración de Responsabilidad Única por debajo de).
Somos padre y madre viviendo con nuestro/s hijo/s.
Soy padre de adoptivo. (Proporcionar la documentación)
Soy un adulto viviendo con el nino/s que no es el padre Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Lista de nombres y fechas de nacimiento de todos los niños menores de 18 años que viven en el hogar:

(Incluir al niño antes mencionados)

Usted está obligado a proporcionar IMACA con las copias de las actas de nacimiento de todos los niños en la familia.

Niño 1 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Niño 2 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Niño 3 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Niño 4 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Niño 5 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Niño 6 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Declaración de Responsabilidad Única



No lo complete, a menos que usted es el único padre que residían en la casa con su hijo (s) y nos mostrará la prueba de que usted está divorciado, separado legalmente o de hecho (tales como documentos de la corte, los contratos de alquiler, etc).

Yo, \_\_\_\_\_, (diga su nombre) declaro bajo pena de perjurio que la patria potestad exclusiva y la responsabilidad de mi hijos antes mencionados.

El otro padre/madre de mi/s hijo/s, \_\_\_\_\_ está ausente de mi hogar por los siguientes razon: \_\_\_\_\_

Entiendo que IMACA Head Start / Preescolar del Estado tiene el derecho de verificar la información que aquí se presenta con el propósito de determinar la elegibilidad para los servicios preescolares.

Al firmar este documento, yo estoy declarando bajo pena de perjurio y las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadera y correcta. Entiendo que si la información anterior se encuentra que es falsa o la retención, la matrícula de mi hijo en el inicio IMACA la cabeza y el Preescolar del Estado está sujeto a la terminación.

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para oficina solo: Documents Reviewed [ ] Birth Certificates [ ] Court Documents [ ] Other: \_\_\_\_\_
IMACA Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date verified: \_\_\_\_\_

## Recolección De Información Del Servicio De Cuidado De Niños

### Aviso De Privacidad Y Forma De Consentimiento

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), está recolectando información sobre familias que reciben servicio de cuidado de niños. Se reportará la información al Departamento de Educación de California (CDE) y después al HHS. Se usará la información para investigar las condiciones del programa de cuidado de niños en los Estados Unidos, y proveerá información valiosa par las personas que trabajan en desarrollar programas de cuidado de niños y reglamentos a nivel estatal, local y nacional.

Se recolectará toda la información que HHS reciba sobre su familia y otras familias, y se le dará un reporte al Congreso de la Nación cada dos años. En los reports que se le entreguen al Congreso, la Legislatura o al público no se va a reveler a ninguna otra agencia del gobierno la identidad de las personas o de las familias.

**Para asegurarnos que se cuente solo una vez a cada niño/a y a cada familia ques esta recibiendo servicios de cuidado. HHS y CDE solicitan el Número del Seguro Social del señor o señora de la casa que esta recibiendo servicios de cuidado de niños.** Si prefiere no dar su número de Seguro Social, seguirá teniendo el derecho de recibir cuidado de niños. Los Números de Seguro Social ayudará al Departamento de Educacion de California a cumplir con las solicitudes de reports de HHS y requisitos estatales par alas estadísticas del programa. La autoridad de solicitaries se Número de Seguro Social para este propósito se encuentra estipulada en la Sección 98.71(a)(13) del Titula 45 del Código de Reglamentos Federales, Sección del Código de Educación 8261.5, y Sección 18070 del Titulo 5 del Código de Reglamentos de California. Se decision de darnos su Número del Segura Social para ester propósito es voluntaria.

Me han informado como se usará mi Número de Seguri Social.

Comprendo que si opto en no dar mi Número de Seguro Social, seguiré reteniendo mi derecho a recibir servicios de cuidado de niños.

Sí podrán usar mi siguiente Número de Seguro Social:

No deseo dar mi Número de Seguro Social para esta propósito.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona al Frente del Hogar (Padre)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba de la Persona al Frente del Hogar (Padre)

**IMACA CHILD DEVELOPMENT/ FAMILY SERVICES- HEAD START/ STATE PRESCHOOL  
CHILD HEALTH RECORD- SCREENINGS, PHYSICAL EXAMINATION, TB ASSESSMENT**

|  |  |
|--|--|
| Child's Name: _____<br>Head Start Center: <b>IMACA Head Start/ State Preschool</b><br>Mailing Address: <b>PO Box 845, Bishop, CA 93515</b> | Gender: _____ DOB: _____<br>HmPh 1: _____ HmPh 2: _____<br>Office Ph: <b>(760) 873-3001</b> FAX: <b>(760) 872-5570</b> |
|--|--|

**1. RELEVANT INFORMATION:**

**2. SCREENING TESTS:** Starred items (\*) are **REQUIRED** by Head Start and recommended by the American Academy of Pediatrics for children 3-5 years. Enter dates if done previously. When recording results, enter at a min. "N" = Normal; "S" = Suspect, or "A" =Atypical/Abnormal.

| TEST  | DATE | RESULTS   | TEST                                    | DATE | RESULTS |
|---|------|-----------|---|------|---------|
| * <b>Present Age</b>                            |      | Yrs, Mos. | * <b>Hearing</b> (specify type of test) |      |         |
| * <b>Height</b> (no shoes, nearest 1/8")        |      |           | Results                                 |      |         |
| * <b>Weight</b> (light clothes, nearest 1/4 lb) |      |           | Rescreening                             |      |         |
| * <b>Blood Pressure</b>                         |      |           | * <b>Vision</b>                         |      |         |
| * <b>HGB/HCT</b> (Hemoglobin/Hematocrit)        |      |           | Acuity R/L                              |      |         |
| * <b>Sickle Cell</b>                            |      |           | Rescreening                             |      |         |
| * <b>Lead</b>                                   |      |           | Strabismus                              |      |         |
| * <b>Urinalysis</b>                             |      |           | Comments                                |      |         |
| Ova, Parasites                                  |      |           |   |      |         |
| Other (Indicate)                                |      |           |   |      |         |

**3. PHYSICAL EXAMINATION/ ASSESSMENT**

|                                 | Normal for Age | Abnormal | Not evaluated |   |
|---------------------------------|----------------|----------|---------------|---|
| A. General Appearance           |                |          |               | <p><b>SCREENING OF TB RISK FACTORS/ TB WAIVER:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Risk Factors Not Present; TB Skin test not required</p> <p><input type="checkbox"/> Risk Factors PRESENT; MantouxTB test performed:</p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><b>Date Test Performed</b></p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos</p> <p><b>RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:</b></p> <p>→ Have clinical evidence of TB</p> <p>→ Have abnormalities on chest x-ray suggestive of TB</p> <p>→ Have contact with or family history of confirmed/suspected TB and/or HIV seropositivity</p> <p>→ Are in foreign-born families with high prevalence countries (Asia, Africa, Central America, South America)</p> <p>→ Live in and out of home placements</p> <p>→ Live with someone who has been incarcerated in the last 5 yrs.</p> <p>→ Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs or nursing home residents.</p> |
| B. Posture, Gait                |                |          |               |   |
| C. Speech                       |                |          |               |   |
| D. Head                         |                |          |               |   |
| E. Skin                         |                |          |               |   |
| F. Eyes (external and optic)    |                |          |               |   |
| G. Ears (external and tympanic) |                |          |               |   |
| H. Nose, Mouth, Pharynx         |                |          |               |   |
| I. Teeth                        |                |          |               |   |
| J. Heart                        |                |          |               |   |
| K. Lungs                        |                |          |               |   |
| L. Abdomen (includes Hernia)    |                |          |               |   |
| M. Genitalia                    |                |          |               |   |
| N. Bones, Joints, Muscles       |                |          |               |   |
| O. Neurological/ Social         |                |          |               |   |
| (1) Gross Motor                 |                |          |               |   |
| (2) Fine Motor                  |                |          |               |   |
| (3) Communication skills        |                |          |               |   |
| (4) Cognitive                   |                |          |               |   |
| (5) Self-Help Skills            |                |          |               |   |
| (6) Social Skills               |                |          |               |   |
| P. Glands (Lymphatic/ Thyroid)  |                |          |               |   |
| Q. Muscular Coordination        |                |          |               |   |
| R. OTHER                        |                |          |               |   |

|  |                            |
|--|----------------------------|
| S. General Statement of Child's Physical Status:<br>Any asthma or allergies? | Signature and Printed Name |
|--|----------------------------|

|   |      |
|---|------|
| <b>4. COMMENTS</b> (please print clearly) | Date |
|---|------|

PART 1. TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER PRIOR TO PHYSICAL EXAMINATION/ ASSESSMENT.

Part 2. TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER DURING PHYSICAL EXAMINATION/ ASSESSMENT



**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE INGRESOS CERO**  
**Y**  
**Declaración DE LA RENTA PERSONAL SUPLENTE**



**NO LLENE ESTA SECCION A MENOS QUE CERTIFICO BAJO PENA DE PURJURIO QUE USTED NO TIENE DOCUMENTATION DE INGRESO O TIENE NINGUN INGRESOS DURANTE LOS ULTIMOS 30 DIAS.**  
(Una forma para cada persona de 18 anos y mayor.)

**NO ha recibido ingresos / DINERO DE LA FUENTE DE CUALQUIER en los últimos 30 días. O, Ha recibido ingresos pero no tengo documentación:**

- Si ha recibido talones de cheque, Asistencia Pública (CashAid / TANF), Asistencia Financiera para que el niño, Discapacidad / Desempleo, SSI, etc., debe proporcionar la documentación.
- Por ejemplo: use esta forma si le pagan al contado y no tienen recibos.
- Si no ha recibido nada durante los últimos 30 días, escriba **NO INGRESO** en la línea de *Fuente de Ingreso*.

|                              |                           |                           |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| X _____<br>Fuente de Ingreso | X _____<br>Cantidad Bruto | X _____<br>Fecha Recibido |
| X _____<br>Fuente de Ingreso | X _____<br>Cantidad Bruto | X _____<br>Fecha Recibido |
| X _____<br>Fuente de Ingreso | X _____<br>Cantidad Bruto | X _____<br>Fecha Recibido |

**Certifico bajo pena de perjurio que la informacion arriba es verdad y correcto segun mi conocimiento. Cualquier representación fraudulenta deliberada ó omisión puede resultar en negar asistencia para mi hogar.**

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| X _____<br>Nombre (letra en molde) | X _____<br>Numero Teléfono       |
| X _____<br>Dirección de casa       | X _____<br>Ciudad, Código Postal |
| X _____<br>Su Firma                | X _____<br>Fecha                 |